



Silicone Rod Exposure After Frontalis Suspension Procedure For Blepharoptosis

Askılama Yöntemi İle Pitozis Cerrahisi Yapılan Olgularda Silikon Materyal Atılımı

Pitozis Cerrahisi Sonrası Silikon Atılımı / Silicone Exposure After Ptoisis Surgery

Hande Taylan Şekeroğlu, Altan Atakan Özcan, Firas Şimşek
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Bu olgular 2010 Antalya Türk Oftalmoloji Derneği Ulusal Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Özet

Frontal askılama yöntemi genellikle miyojenik pitozis ve zayıf levator palpebra superior kas fonksiyonunda uygulanan bir cerrahi prosedürdür. Frontal kas ile üst kapak tarsı arasında kurulan bağlantı ile üst kapağın primer pozisyondaki açıklığının ayarlanmasına olanak sağlar. Bu yöntem fasya lata veya plastik materyaller kullanılarak uygulanabilir. Bu olgu sunumlarında, silikon materyal ile frontal kasa askılama yöntemi ile pitozis tashihi yapılmış ancak takiplerinde silikon materyali atılımı olan üç olgu tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Pitozis; Silikon Askı; Frontalis Asma

Abstract

Frontalis suspension is a frequently performed procedure for myogenic ptosis with levator palpebra superior weakness. This surgical technique provides appropriate upper eyelid position by establishing a connection between frontalis muscle and tarsus of the upper eyelid. Fascia lata or silicone rod may be used. In these reports, we discuss three cases with blepharoptosis who were treated with silicone rod frontalis suspension surgery, and who developed silicone exposure during follow-up.

Keywords

Ptoisis; Silicone Rod; Frontalis Suspension

DOI: 10.4328/JCAM.980

Received: 02.04.2012

Accepted: 14.04.2012

Printed: 01.03.2015

J Clin Anal Med 2015;6(2): 250-2

Corresponding Author: Hande Taylan Şekeroğlu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye.

T.: +905327752155 E-Mail: h_taylan@yahoo.com

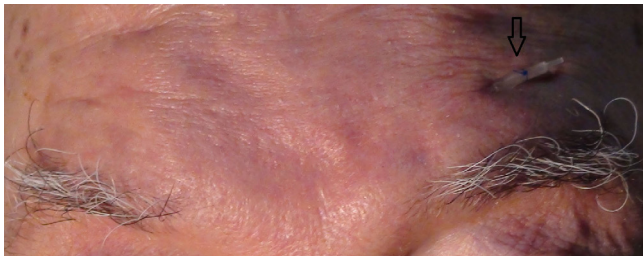
Giriş

Ptozis, üst göz kapağının anormal derecede düşük pozisyonda bulunmasıdır. Nörojenik, miyojenik, aponevrotik veya mekanik kökenli olabilir. Frontal askılama cerrahisi, ptozis tedavisinde kullanılan yöntemlerden birisidir. Üçüncü sinir felci, Miyastenia Gravis, kronik progresif eksternal oftalmopleji (KPEO) gibi hastalıklarda ptozis cerrahisi, göz hareketlerinde kısıtlılık olması nedeniyle özelliğidir. Ayrıca Myastenia Gravis ve KPEO'nun ilerleyici tabiata sahip olması nedeniyle kapak pozisyonunun korneayı açıkta bırakmayacak kadar düşük, görmeyi engellemeyecek ve kabul edilebilir bir kozmetik görünüm sağlayacak kadar da yüksek ayarlanmasını gerektirdiğinden oldukça zor bir cerrahidir. Frontalis kasına askılama için fasya lata, temporalis fasyası, orbikularis okuli kasi, emilmeyen sütürler ve silikon askı kullanılmaktadır [1,2]. Silikon ise ilk kez 1966 yılında Tillett ve Tillett tarafından ptozis tashihi için kullanılmıştır[3]. Bu şekilde silikon askının ptozis derecesine göre sıkılıp gevşetilebileceğini ve ilerleyen zamanlarda çıkarılabileceğini belirtmişlerdir. Bu olgu sunumunda silikon materyal ile frontalis askılama cerrahisi uygulanan iki KPEO ve bir konjenital ptozis hastası tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Olgu 1

KPEO tanısı ile izlenmekte olan 71 yaşındaki hastanın, kliniğimizde yapılan ilk oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 0.3, solda 0.8 idi. Biyomikroskopik muayenesinde sağ göz psödo fakik, sol göz fakik idi ve solda nükleer sklerozu mevcuttu. Sağ göz kapak aralığı 4 mm, kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 0 mm, levator fonksiyonu 4 mm idi ve Bell fenomeni zayıftı. Sol göz kapak aralığı 4 mm, kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe ise 0 mm, levator fonksiyonu 7 mm idi, ve Bell fenomeni zayıftı. Sekiz yıl önce silikon materyal ile frontalis askılama cerrahisi uygulanan hastanın ameliyat sonrasında altı defa sol alın bölgesinde şişlik, kızarıklık gelişmesi ve silikon materyalin alın bölgesinden açığa çıkması nedeniyle, kültür alındıktan sonra silikon materyal 6 kez cilt altına tekrar gömüldü. Kültürlerinde stafilokokus aureus üremesi olan hastaya sistemik amoksisilin-klavülonat kombinasyon tedavisi verildi. Ancak hastanın son kontrolünde silikonun enfeksiyonla birlikte tekrar açığa çıkması nedeniyle (Resim 1), sol gözdeki silikon askı tamamen çıkartıldı. Ameliyat sonrasında iki senelik takibinde sol göz kapak aralığı 4 mm, kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 0 mm idi.



Resim 1. Sol göz kaş üstünde açığa çıkmış olan silikon askı materyali izlenmektedir.

Olgu 2

Üç yıl önce dış merkezde sol gözden ptozis cerrahisi geçirmiş ve kronik progresif eksternal oftalmopleji tanısı olan 56 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize travma sonrası alın bölgesinde şişlik ve

kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın oftalmolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 0.6, solda 0.8 idi. Biyomikroskopik ön segment muayenesi, bilateral ptozis ve bilateral nükleer skleroz dışında doğal idi. Sağ göz total pitotik idi. Sağda levator fonksiyonu ve Bell fenomeni yoktu. Sol gözde kapak aralığı 7 mm, kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 3 mm ve levator fonksiyonu 0 idi. Bell fenomeni zayıftı. Olguda silikon materyalin enfeksiyon ile birlikte cilt dışında olduğu saptandı. (Resim 2) Silikon materyal çıkartıldı. Ameliyat sonrasında iki senelik takibinde sol kapak aralığı 6 mm ve üst kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 3 mm olup postoperatif değerlendirmede sadece kapak aralığı ölçümünde 1 mm azalma olduğu, üst kapak kenarı-ışık refleksi mesafenin korunduğu izlendi. (Resim 3)



Resim 2. Sol göz kaş üstünde lokalize eritem ve ödem ile birlikte açığa çıkmış silikon materyal izlenmektedir.

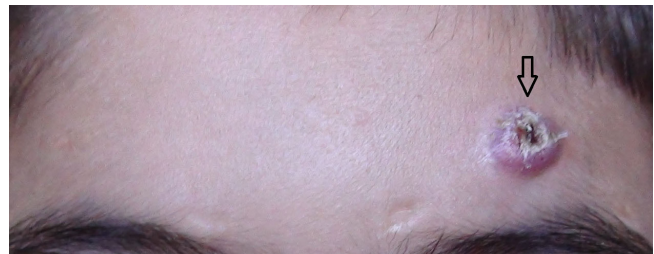


Resim 3. Açığa çıkmış olan silikon materyal alınıp insizyon yeri kapatıldıktan sonraki klinik fotoğraf. Sol gözde askı materyali çıkarılmış olmasına rağmen optik aksın açıklığının korunmuş olduğu görülmektedir.

Olgu 3

Kliniğimizde 2 yıl önce konjenital ptozis nedeniyle silikon materyal kullanılarak frontal askı yöntemi ile bilateral ptozis cerrahisi uygulanan hasta altı yaşında idi. Olgunun 1 yıllık takiplerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Ancak daha sonraki kontrollerine düzenli getirilmeyen olgunun sol alın bölgesinde granülasyon dokusu ile birlikte silikon materyalin cilt dışında olduğu görüldü.

Silikon materyal granülasyon dokusu eksize edildikten sonra cilt altına tekrar gömüldü. Olgunun kontrollere düzensiz geliş ve yapılan önerilere uymaması nedeniyle tekrar aynı bölgede enfeksiyon ve silikon materyalde atılım geliştiği görüldü. (Resim 4). Hastanın yapılan oftalmolojik muayenesinde görme keskinlikleri bilateral 1.0 idi ve ön segment ve fundus muayenesi doğaldı. Her



Resim 4. Silikon materyal ile frontalis askılama cerrahisi sonrasında sol göz kaş üstündeki insizyon bölgesinde pürülan sekresyon ile birlikte, şişlik, kızarıklık izlenmektedir.

iki gözde kapak aralığı 7 mm ve kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 3 mm idi. Tedaviye uyumun olmadığı görülen olguya sol gözden silikon materyal çıkartımı uygulandı. (Resim 5) Konjenital pitozisli olguda cerrahi sonrasında sol kapak aralığı 7 mm ve üst kapak kenarı-ışık refleksi arası mesafe 2 mm idi. Sekiz aylık takipte her iki ölçüm değeri aynı kaldı.



Resim 5. Silikon askı çıkartılması işleminden sonra yara yerinin tamamen iyileştiği görülmektedir

Tartışma

Frontal askı cerrahisi, pitozis tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Genellikle ciddi pitozis ve zayıf levator fonksiyonu (< 4 mm) hallerinde tercih edilmektedir. Frontalis kası ile üst kapak tarsı arasında bağlantı kurulmasını sağlayarak primer bakışta kapak pozisyonunun daha iyi olmasını gerçekleştirmektedir. İlerleyici kas hastalıkları ile birlikte olan pitoziste cerrahi planlama oldukça zorlayıcıdır. Kas gücünün değişken olduğu böyle durumlarda, pitozis tashihi optik aksı açık bırakacak kadar fazla ancak açıkta kalma keratopatisine neden olmayacak kadar az planlanmalıdır. Bir başka deyişle, ayarlanmaya imkan sağlayacak bir cerrahi yöntem ihtiyacı vardır. Bu amaçla kullanılan askı maddeleri arasında, otojen veya allojen fasya lata, sklera, emilmeyen sütürler, temporalis fasyası, orbikularis okülü kası ve Gore-Tex şeritleri bulunmaktadır[1,2,4]. Konjenital pitoziste, üçüncü sinir felci, kronik eksternal oftalmopleji ve Myastenia Gravis'e bağlı pitoziste silikon materyalin, fasya lata ile frontalise asma işlemine göre daha iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar verdiği ve nüks sıklığının daha az olduğu ayrıca komplikasyon sıklığının düşük olduğu gösterilmiştir[5,6]. Yüksel ve ark. frontal askılama cerrahisi yapılan olguların tartışıldığı çalışmalarında özellikle 3 yaş altı olgular ve açıkta kalma keratopatisi gelişme riski yüksek olan olgularda silikon askı materyalinin daha başarılı sonuçlar verdiğini bildirmişlerdir[7]. Değişik materyallerle yapılan frontalise askılama işlemlerinde sütür granülomu, sütür enfeksiyonu, preseptal selülit, açıkta kalma keratopatisi, orbital inflamasyon gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Lamont ve ark. yaptıkları çalışmada, silikon materyel ile frontalise askılama yapılan 26 hastada granülom oluşumu ve enfeksiyon riskinin diğer materyallere göre daha az olduğunu belirtmişlerdir [8]. Bu olgu sunumlarında tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle silikon askı materyali çıkartılmasına rağmen postoperatif takiplerde gelişen skar ve granülasyon dokusu nedeniyle pitozisin tekrarlamadığı görülmüştür. Green ve ark. olgu sunumlarında silikon askı çıkartılmasından sonra pitozis nüksünün görülmediğini ve bunun olası nedeninin silikon askının çıkartıldığı yer boyunca gelişen skar dokusu olduğunu belirtmişlerdir [1,2].

Frontalis askılama cerrahisinde otojen fasya lata ile alloplastik materyallere göre daha iyi klinik sonuçlar alınmaktadır. Fasya lata iyi tolere edilir ve komplikasyon olasılığı düşüktür. Ancak fasya latanın elde edilemediği, geçici bir düzeltmenin amaçlandığı veya kapak seviyesinde ayarlama yapılmasının

gerektiği durumlarda alloplastik materyaller de kullanılmaktadır. Bu nedenle, silikon ile frontalis askılama yöntemi ayarlanabilme özelliği nedeniyle zor pitozis olgularında tercih edilebilecek bir cerrahidir. Bu uygulamanın en önemli dezavantajı ise yabancı cisim reaksiyonu oluşturmaktır. Enfeksiyon ve silikon madde atılımı gibi komplikasyonların gelişme olasılığı olsa da, silikon madde çıkarılmasından sonra bile kabul edilebilir düzeyde kozmetik sonuçlar elde edilebilmektedir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Takahashi Y, Leibovitch I, Kakizaki H. Frontalis suspension surgery in upper eyelid blepharoptosis. *Open Ophthalmol J* 2010;14(4):91-7.
2. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27(3):193-204.
3. Tillett CW, Tillett GM. Silicone sling in the correction of ptosis. *Am J Ophthalmol* 1966;62(3):521-3.
4. Cetinkaya A, Brannan PA. Ptosis repair options and algorithm. *Curr Opin Ophthalmol* 2008;19(5):428-34.
5. Carter S, Meecham WJ, Seiff SR. Silicone frontalis slings for the correction of blepharoptosis: indications and efficacy. *Ophthalmology* 1996;103(4):623-30.
6. Lee MY, Oh JY, Choung HK, Kim NJ, Sung MS, Khwang SI. Frontalis sling operation using silicone rod compared with preserved fascia lata for congenital ptosis. *Ophthalmology* 2009;116(1):123-9.
7. Yüksel D, Hekimoğlu E, Öflu Y, Duman S. Otojen fasya lata ve silikon çubuk ile frontalis askılama cerrahisinin etkinliği ve sonuçlarımızın karşılaştırılması. *TJO* 2008;38:14-21.
8. Lamont M, Tyers AG. Silicone sling allows adjustable ptosis correction in children and in adults at risk of corneal exposure. *Orbit* 2010;29(2):102-5.